

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | DOLORES MARGARITA | 08                  | 06  | 1959 | 66 años, 7 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |                    | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|--------------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1708955495        | MANABI              | EL CARMEN | EL CARMEN (URBANO) | SN y                         | 999-999-9999 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón    | Parroquia          | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud     | Tipo            | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|------------------------------|-----------------|----------------|
| MSP                 | 1708955495      | HOSPITAL BASICO DE EL CARMEN | HOSPITAL BASICO | 13D05 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Reumatología |  | 2026  | 01  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente con app de hipertensión arterial , hipotiroidismo, con dolor articular de 3 años de evolución con exámenes de fase de reacción inflamatorio negativos para artritis , con deformación distal de articulaciones de manos

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------|--------|-----|-----|
| POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA | M159   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 14:05 | Medicina Interna | YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO | 1308331469 |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /             |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 14:05 | Medicina Interna | YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO | 1308331469 |       |